This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Acerca de este libro

Esta es una copia digital de un libro que, durante generaciones, se ha conservado en las estanterías de una biblioteca, hasta que Google ha decidido escanearlo como parte de un proyecto que pretende que sea posible descubrir en línea libros de todo el mundo.

Ha sobrevivido tantos años como para que los derechos de autor hayan expirado y el libro pase a ser de dominio público. El que un libro sea de dominio público significa que nunca ha estado protegido por derechos de autor, o bien que el período legal de estos derechos ya ha expirado. Es posible que una misma obra sea de dominio público en unos países y, sin embargo, no lo sea en otros. Los libros de dominio público son nuestras puertas hacia el pasado, suponen un patrimonio histórico, cultural y de conocimientos que, a menudo, resulta difícil de descubrir.

Todas las anotaciones, marcas y otras señales en los márgenes que estén presentes en el volumen original aparecerán también en este archivo como testimonio del largo viaje que el libro ha recorrido desde el editor hasta la biblioteca y, finalmente, hasta usted.

Normas de uso

Google se enorgullece de poder colaborar con distintas bibliotecas para digitalizar los materiales de dominio público a fin de hacerlos accesibles a todo el mundo. Los libros de dominio público son patrimonio de todos, nosotros somos sus humildes guardianes. No obstante, se trata de un trabajo caro. Por este motivo, y para poder ofrecer este recurso, hemos tomado medidas para evitar que se produzca un abuso por parte de terceros con fines comerciales, y hemos incluido restricciones técnicas sobre las solicitudes automatizadas.

Asimismo, le pedimos que:

+ *Haga un uso exclusivamente no comercial de estos archivos* Hemos diseñado la Búsqueda de libros de Google para el uso de particulares; como tal, le pedimos que utilice estos archivos con fines personales, y no comerciales.

+ *No envíe solicitudes automatizadas* Por favor, no envíe solicitudes automatizadas de ningún tipo al sistema de Google. Si está llevando a cabo una investigación sobre traducción automática, reconocimiento óptico de caracteres u otros campos para los que resulte útil disfrutar de acceso a una gran cantidad de texto, por favor, envíenos un mensaje. Fomentamos el uso de materiales de dominio público con estos propósitos y seguro que podremos ayudarle.

+ *Conserve la atribución* La filigrana de Google que verá en todos los archivos es fundamental para informar a los usuarios sobre este proyecto y ayudarles a encontrar materiales adicionales en la Búsqueda de libros de Google. Por favor, no la elimine.

+ *Manténgase siempre dentro de la legalidad* Sea cual sea el uso que haga de estos materiales, recuerde que es responsable de asegurarse de que todo lo que hace es legal. No dé por sentado que, por el hecho de que una obra se considere de dominio público para los usuarios de los Estados Unidos, lo será también para los usuarios de otros países. La legislación sobre derechos de autor varía de un país a otro, y no podemos facilitar información sobre si está permitido un uso específico de algún libro. Por favor, no suponga que la aparición de un libro en nuestro programa significa que se puede utilizar de igual manera en todo el mundo. La responsabilidad ante la infracción de los derechos de autor puede ser muy grave.

Acerca de la Búsqueda de libros de Google

El objetivo de Google consiste en organizar información procedente de todo el mundo y hacerla accesible y útil de forma universal. El programa de Búsqueda de libros de Google ayuda a los lectores a descubrir los libros de todo el mundo a la vez que ayuda a autores y editores a llegar a nuevas audiencias. Podrá realizar búsquedas en el texto completo de este libro en la web, en la página `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
N519 .S93 1899
Breves apuntes sobre algunas indicacione
STOR
24503326015

CLÍNICA DE GINECOLOGÍA

BREVES APUNTES

SOBRE
ALGUNAS INDICACIONES DE LA

OOFORO-METRO-SALPINGUECTOMÍA

EN CIERTAS FORMAS
DE

OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS

POR EL DR.

RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

TRABAJO ESCRITO ESPECIALMENTE PARA LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Y PRESENTADO
EN EL CONCURSO DE FEBRERO DE 1899.

MÉXICO

TIPOGRAFIA DE LA OFICINA IMPRESORA DEL TIMBRE
Palacio Nacional

1899

N519
S93
1899

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

A mi sabio amigo y pais
Lic José Azpe, como recuerda
de un torneo en que luché su
raza contra un rival armado
punta en blanco.

Jbre 23/99.

Suárez G.

CLÍNICA DE GINECOLOGÍA

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

CLÍNICA DE GINECOLOGÍA

BREVES APUNTES

SOBRE
ALGUNAS INDICACIONES DE LA

OOFORO-METRO-SALPINGUECTOMÍA

EN CIERTAS FORMAS
DE

OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS

POR EL DR.

RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

TRABAJO ESCRITO ESPECIALMENTE PARA LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Y PRESENTADO
EN EL CONCURSO DE FEBRERO DE 1899.

MÉXICO

TIPOGRAFIA DE LA OFICINA IMPRESORA DEL TIMBRE
Palacio Nacional

1899

45

LANE LIBRARY

LANE Library

A LOS ALUMNOS

DE LA

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

DE MÉXICO

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

19
3
899

Habiendo tenido conocimiento del informe que acerca de mi trabajo tuvo á bien hacer, en la noche del miércoles 15 de Febrero, el Sr. Dr. D. Francisco Hurtado, he creído oportuno hacerlo conocer á los Señores Académicos, para que si sus quehaceres se los permiten, pasen los ojos por él y vean si soy acreedor á los ataques que se me dirigen.

No pretendo ser escritor, ni me juzgo invulnerable, todo lo contrario; pero sí se me puede permitir que aspire á ser un médico honrado, y como entre otros cargos se me hace el de que he hecho decir á los autores lo que no han dicho jamás, puntualizo los autores citados para que los Señores Académicos, á quienes nunca me perdonaría el haberlos querido engañar, se sirvan hacer la comprobación necesaria para justificarme.

En cuanto al número de mis operaciones abdominales, estoy próximo á cumplir ochenta laparotomías, cuyos comprobantes poseo y de las que, un gran número de piezas Anatómicas existen en mi Museo Ginecológico particular.

Ricardo Suárez Gamboa.

75276

OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS.

Leyendo los libros y los folletos últimos de Ginecología, tiene que aceptar el lector, como conclusión que el corolario obligado de las ooforo-salpingitis, parece ser hoy la ooforo-salpinguectomía.

Todos los autores discuten los procedimientos operatorios, comparan sus estadísticas quirúrgicas y debaten la utilidad de tal ó cual instrumento nuevo, ó de tal ó cual incisión inicial; pero casi ninguno—ó por lo menos como extraordinaria excepción, alguno—se atreve á buscar el correctivo de este vértigo quirúrgico.

El grupo de las ooforo-salpingitis se enriquece diariamente con variedades nuevas y con formas no conocidas aún; pero su terapéutica no se sublima ante ningún elemento curativo nuevo y su base permanece aún quirúrgica.

Desgraciadamente mutilar no es curar.

Es tanto más importante la supresión de los métodos sangrientos en el tratamiento de las ooforo-salpingitis, cuanto que en estos casos se acumulan á los peligros de toda intervención quirúrgica intra-abdominal, los accidentes graves llamados de *menopausa artificial;* tan bien conocidos desde los trabajos de BROWN-SEQUARD[1] sobre las glándulas de secreción interna y tan poco modificables á pesar de los entusiastas escritos de JAYLE y de sus discípulos.[2]

Desgraciadamente no puedo en este trabajo dedicarme á sos-

1 *Bulletins de la Academie de Médicine.*—1896.

2 F. JAILE.—*Opotherapie ovarienne.*—*Revue Gynecologie, p. 239.*—1898.

tener las ventajas de los métodos conservadores; pues que la índole de mis observaciones es esencialmente mutiladora. Pero precisamente analizando estos casos operables es como se sintetizan los no operables; conociendo las indicaciones verdaderamente quirúrgicas es como se pueden hacer brotar las indicaciones médicas; y profundizando el cortejo de la mutilación es como se la toma horror y se procura evitarla.

Un enorme volumen necesitaría escribir para extender los conocimientos actuales sobre las ooforo-salpingitis y os cansaría refiriendoos las impresiones que esta infección me causa y las ideas tan amplias que profeso hacia su tratamiento.

Por eso me limitaré muchísimo, procurando tocar sólo un pequeño grupo de las ooforo-salpingitis.

Me referiré al grupo de las *ooforo-metro-salpingitis purulentas*, que encierra algunas novedades y que guarda profundo interés para el porvenir.

Con toda intención me abstengo de tratar las ooforo-salpingitis catarrales, las intersticiales, las muco-purulentas, las tuberculosas, las sifilíticas, las coli-bacilares y las secundarias de una infección general, etc., etc.

Y aun de este grupo ooforo-metro-salpingeo, sólo estudiaré ciertas indicaciones operatorias de la histerectomía; indicaciones sacadas tanto de la práctica de los ginecólogos europeos, como de la de los mexicanos y americanos que no son pocos ni menos autorizados.

Antes de abordar la parte verdaderamente quirúrgica, procuraré hacer un rápido examen á ciertos puntos de la patogenesia, del proceso que he creído conveniente designar por *ooforo-metro-salpingitis*.

Mi objeto no será cansaros con una descripción larga, minuciosa y aburrida, en este examen; pero me atrevo á esperar que sea útil mi insistencia sobre ciertos puntos de patogenesia, á fin de que mis ideas sobre el tratamiento, al desarrollarse, cuenten con una amplia y completa base.

Desde luego, deseo que convengamos todos en este punto:

Las ooforo-salpingitis son lesiones de origen francamente microbiano.

Las discusiones sobre este punto, parecen próximas á terminar por un acuerdo absoluto, no obstante las pequeñas contro-

versias que motivaron con sus escritos LAWSON-TAIT,[1] DALCHÉ[2] y PROCHOWNICH.[3]

Desde 1894 han sido clásicos los análisis de los Sres. HARTMANN y MORAX,[4] relativos á las bacterias que producen más frecuentemente las ooforo-salpingitis y la clasificación de ellos, había sido comunmente aceptada, hasta las recientes investigaciones de YORDANOFF,[5] que variaron un poco la enumeración en el orden de su frecuencia.

He aquí, según YORDANOFF, la serie de los microbios más constantes en las ooforo-salpingitis, enunciados según su orden de importancia: los *estreptococus* de OSTON, llamados también *micrococus piógenes* de ROSENBACH; los *micrococus gonorrheœ* ó *gonococus* de HALLEIR y de NEISSER; la serie de los *estafilococus* de ROSENBACH, de PASET y de GUTTMANN; los *bacterium coli* de VIGNAL; los *pneumococus* de FRŒNKEL, etc., etc.

WITTE[6] ha encontrado en el pus de las ooforo-salpingitis el bacilus del edema maligno.

MENGE[7] habla de ciertas formas de ooforo-salpingitis caracterizadas por la existencia de los bacillus de KOCH, y finalmente

LEHMAN[8] dice haber encontrado en este pus, el esquizomiceto de la actinomicosis.

Durante la evolución de ciertas fiebres infecciosas, tales como el sarampión, la viruela, la escarlatina, etc., se pueden observar ciertas formas de ooforo-salpingitis con colonias microbianas específicas. Por lo menos, esto aseguran SCANZONI, BERAUD, GOSSELIN, JOLLIARD, ZEBEDINSKI, SLAWJANSKI[9] y algunos otros autores que se han ocupado en estudiar este punto.

Los gérmenes salpingeos rara vez se encuentran al estado de cultivos puros, sino que se mezclan, se combinan y reunen su actividad desorganizadora y sus propiedades tóxicas. No es extraño ver el estreptococus unido al gonococus, ó éste con el pneumococus, ó los estafilococus con el estreptococus; ó todos reunirse y acumularse.

La esterilidad del pus ooforo-salpingeo es enteramente excep-

1 LAWSON-TAIT.—*Maladies de Femmes*, p. 469.—1891.
2 DALCHÉ.—*De l'ovarite*, citado por POZZI.—*Gynecologie* p. 656.
3 PROCHOWNICH.—*Arch. f. Gyn.*, p. 183.—1877.
4 HARTMANN y MORAX.—*Ann. de Gyn. et de Obst.*, p. 1.—1894.
5 YORDANOFF.—*La Gynecologie* de DOLERIS, p. 448.—1898.
6 WITTE.—*Gynecologie.*—LABADIE.—LAGRAVE, p. 655.—1898.
7 Loc. cit. p. 655.—1898.
8 Loc. cit.
9. Loc. cit. p. 657.

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

cional, casi ningún autor de Ginecología cree en ella; por el contrario, este pus goza de la fama más terrible en cuanto á sus propiedades virulentas.

Witte,[1] dice haber encontrado cinco veces el pus estéril, en treinta y nueve investigaciones sobre las ooforo-salpingitis.

Esta pequeña invasión al terreno de la Bacteriología, nos ha permitido recordar las variedades más frecuentes de los gérmenes que se imputan causantes de las ooforo-salpingitis.

Es decir, que conocemos los elementos primordiales de la teoría microbiana de este proceso séptico y que aceptando la acción de ellos, admitiendo el origen zimótico de las inflamaciones y en particular de las inflamaciones purulentas—punto discutible; pero cuya discusión no es del caso—llegaremos á acordar que efectivamente las ooforo-salpingitis no son más que el resultado constante de la infección parasitaria de los anexos. Tendremos que aceptar esta teoría, entre tanto la Clínica futura nos ofrezca otra más satisfactoria.

Pasemos, pues, á este otro punto de vital importancia:

La infección ooforo-salpingea, en el mayor número de los casos, no es sino la resultante de un estado séptico del útero, anterior á la lesión anexial.

En circunstancias hasta ahora incompletamente estudiadas en su esencia, la infección puede llegar á los anexos por vías diversas de la uterina y se habla de las ooforo-salpingitis por infección general, por lesión peritoneal previa, por accidentes intestinales ó apendiculares, por herida traumática externa, etc.

Estas variedades no tienen para nosotros actualmente ningún interés.

La existencia de las bacterias en el útero y muy particularmente en el endometrium, es el punto inicial de la infección tubo-ovárica.

El endometrio normal no contiene microbios, según los análisis publicados durante el presente año, por Jean Hallé.[2] Es preciso, pues, admitir un estado previo de infección uterina. La lesión inicial es la *metritis*.

La propagación de la inflamación del útero á los anexos, se verifica de una manera complexa, siguiendo dos vías principales.

1 Loc cit. p. 655.

2 *Gynecologie* de Doléris.—p. 455.—1898.

Desde luego, la continuidad anatómica de la mucosa uterina con la mucosa tubaria, al través del *ostium uterinum*, permite comprender que los microbios tengan comunicación franca y fácil, desde la cavidad del útero, hasta la cavidad salpingea.

El movimiento ciliar del epitelium uterino, no ofrece sino una barrera poco resistente á la marcha ascendente de los microbios, y el epitelium salpingeo, tampoco puede resistir mucho al avance, de los gérmenes contra la dirección de sus filamentos vibrátiles. Véanse á este respecto los trabajos de WYDER,[1] de DURHSEN[2] ó de SCHMIT.[3]

Los microbios no solamente avanzan sobre los anexos, por la superficie del epitelium del endometrium, sino que penetrando en la intimidad del tejido de la mucosa, recorren esta en todas direcciones al través de su retículo intra-celular, merced á sus facultades de amiboidismo.

LUCAS CHAPIONNIÉRE,[4] el conocido Cirujano francés, ha llamado la atención sobre la importancia del aparato linfático útero-anexial, en el proceso de la infección ooforo-salpingea. No quiero detenerme en la descripción anatómica del riquísimo plexus linfático útero-anexial, tan bien conocido por todos los Cirujanos. Básteme recordar que el útero es un órgano abundantemente dotado de capilares linfáticos, que su mucosa, su parenquima muscular, su peri y para-metrium, están materialmente cribados por los trayectos de los vasos de la circulación blanca, y que esta circulación está de tal manera ligada con la de los anexos uterinos, que clínicamente podrían considerarse estas dos circulaciones, como constituyendo un propio y único departamento linfático.

Los ligamentos anchos; los pliegues útero-salpingeo, utero-ovárico y ovaro-tubario; los tejidos todos que constituyen lo que designamos comunmente *el para-metrium*, están recorridos en todas direcciones por vasos linfáticos que se mezclan, se cruzan, se anastomosan y constituyen un intrincado plexus de abundante circulación linfática.

La penetración de los gérmenes de la inflamación, en un punto cualquiera de esta red blanca, equivale al dominio de toda la zona útero-tubo-ovárica, con sus tejidos celulares adyacentes.

1 *Archiv. für Gyn.*—XXVIII.
2 *Archiv. für Gyn.*—LIV. nº 2.
3 *Gyn.* DOLÉRIS.—p. 342.
4 LAB. LAG.—loc. cit.—p. 657.

Este punto es casi siempre el endometrium. Es este el más al alcance de los traumatismos, el más expuesto á las infecciones exteriores, vaginales ó directas, y el que sufre el primer golpe de los accidentes que más frecuentemente alcanzan el aparato genital interno de la mujer.

Hemos visto, pues, que la infección ooforo-salpingea puede hacerse por dos vías:

1º *Directamente por continuidad con la mucosa uterina.*

2º *Indirectamente por comunicación completa con el aparato linfático del útero.*

Estos dos puntos estudiados nos permiten aceptar esta conclusión:

La infección anexial, reconoce con muchísima frecuencia la existencia de una infección uterina previa.

Permitidme que pasemos á otro punto de estudio, no menos interesante para mis conclusiones:

Quien quiera que conozca las poderosas aptitudes vitales de los microbios y muy particularmente de algunas variedades tales como los *estreptococus*, los *gonococus* y algunos *bacillus*, comprenderá, desde luego, que la penetración de ellos en el interior de los capilares linfáticos, no es un fenómeno meramente mecánico sujeto en un todo á la hidrostática; sino que poniéndose en inusitada actividad las propiedades protoplásmicas, tanto de los gérmenes invasores como de los elementos endoteliales invadidos, los fenómenos consecutivos adquieren la confusión, la intensidad y la variabilidad, de todas las manifestaciones de la vitalidad celular.

De aquí, los depósitos kariokinéticos de METCHNICOFF, las acumulaciones infiltradas de gérmenes neógenos y el desarrollo de grandes cantidades de productos solubles, residuos últimos de la desintegración orgánica, en el drama obscuro que se llama *la infección*.

Estos fenómenos nacen en el punto primeramente invadido, se extienden luego por las cercanías de él, y á medida que el proceso adquiere vigor y resistencia, van avanzando por las vías fáciles de comunicación, van extendiendo su poderosa acción y terminan con un tejido, con un órgano ó con un ser.

Los vasos linfáticos y las cavidades virtuales del tejido conectivo, son estas vías más fáciles de comunicación.

En la infección útero-anexial, que me ocupa, los fenómenos celulares se inician en el epitelium del endometrium, se extienden á la intimidad de la mucosa, recorren con los capilares blancos y aun con algunos rojos, el parenquima propio del útero, llegan al peri-metrium, á los anexos, á los ligamentos anchos y alcanzan la totalidad del para-metrium, para detenerse en los órganos linfoides de la pelvis ó invadir la economía entera.

Es esta infección progresiva la que va constituyendo la *endometritis*, primero; la *metritis intersticial* ó *parenquimatosa*, después; luego la *ooforo-metro-salpingitis* y por último las *parametritis* ó *flegmones pélvicos* y las *septicemias generales*, tales como la *puerperal* y la del *flegmón difuso de la pelvis*.

Las ooforo-salpingitis no son, en rigor, más que un epifenómeno de la infección uterina y están íntimamente é inseparablemente unidas con el proceso del útero mismo.

Ruego al lector, recuerde que hemos hecho abstracción del grupo de las ooforo-salpingitis, de origen no uterino, y que sólo á las de este origen me refiero al decir el nombre de ooforo-salpingitis.

Estas ooforo-salpingitis ligadas en su esencia y en su evolución con el útero mismo, forman un tipo nosológico individual, distinto de las otras lesiones anexiales y poseedor de una sintomatología, de un pronóstico y de un tratamiento especiales.

Los autores de Ginecología *lo entrevén, pero lo descuidan; lo sospechan, pero no lo describen.*[1]

Este proceso que he procurado únicamente delinear, constituye una enfermedad ginecológica definible por *ooforo-metro-salpingitis*.

No es mi ánimo sostener la nueva creación nosocomial que he procurado describir: ha sido mi intención revelar su existencia, demostrándola en esta graduación:

I. *Las ooforo-salpingitis son de origen microbiano.*
II. *La infección tubo-ovárica, está íntimamente ligada con la infección uterina previa y*
III. *La infección del útero al extenderse hasta los anexos, constituye un proceso único é individual.*

Este proceso es: la *ooforo-metro-salpingitis*.[2]

En estos casos de ooforo-metro-salpingitis, junto con la infec-

1 Véanse todos los autores clásicos de Ginecología y las Revistas mensuales europeas.

2 Este proceso lo fundaré y sostendré en mi "Clínica Quirúrgica" que estoy editando actualmente.

ción uterina y anexial, el peritoneo de revestimiento en estos órganos y el tejido conjuntivo sub-peritoneal, sufren la influencia de los gérmenes de la inflamación y se ven desarrollarse focos pequeños de verdaderas peritonitis que terminan, lo más á menudo, por adherencias peritoneales, más ó menos organizadas. Son en la cara posterior del útero, sobre el fondo de Douglas y en los pliegues ovárico y tubario, de los ligamentos anchos, donde se observan estas peritonitis adhesivas con más frecuencia.

Esta invasión del peritoneo pélvico y de su tejido sub-peritoneal, por los gérmenes piógenes de las ooforo-metro-salpingitis, puede ser de gran importancia para el ginecólogo.

La abertura operatoria de los departamentos linfáticos peri-uterinos y para-metríticos; la desgarradura quirúrgica, en una extensión amplia, del tejido celular sub-peritoneal infiltrado de gérmenes, puede, en ciertas variedades de ooforo-metro-salpingitis, ocasionar desórdenes de infecciones peritoneales inexperadas.

A este respecto, voy á citaros una observación de esta naturaleza, que ofrece notable interés:

La Señora Concepción C. de N. . . . ,[1] de 38 á 40 años de edad, casada, leucorréica desde sus primeras relaciones conyugales, sufre desde hace cinco años accidentes de ooforo-metro-salpingitis, intensos. Su matrimonio data de ocho años.

Tanto en Europa como en México, ha procurado constantemente hacerse curar de su padecimiento, sin lograrlo jamás.[2]

Su estado es completamente el de una inválida. Sufriendo constantemente dolores abdominales, martirizada por la leucorrea que aunque intermitente, le escoría la vagina y los muslos, atravesando crisis agudas de sufrimientos durante las épocas menstruales, la Señora de N. . . . ha concluído por separarse completamente de su esposo, desde hace más de tres años, por el tormento insoportable que las relaciones conyugales le causan.

El día 7 de Mayo de 1898, cuando la ví por primera vez, hice el diagnóstico de *ooforo-metro-salpingitis purulenta no quística* y le propuse después de un mes de tentativas quirúrgicas, infructuosas, la ooforo-metro-salpinguectomía abdominal.

Esta operación la realicé en el mes de Julio de ese mismo año.

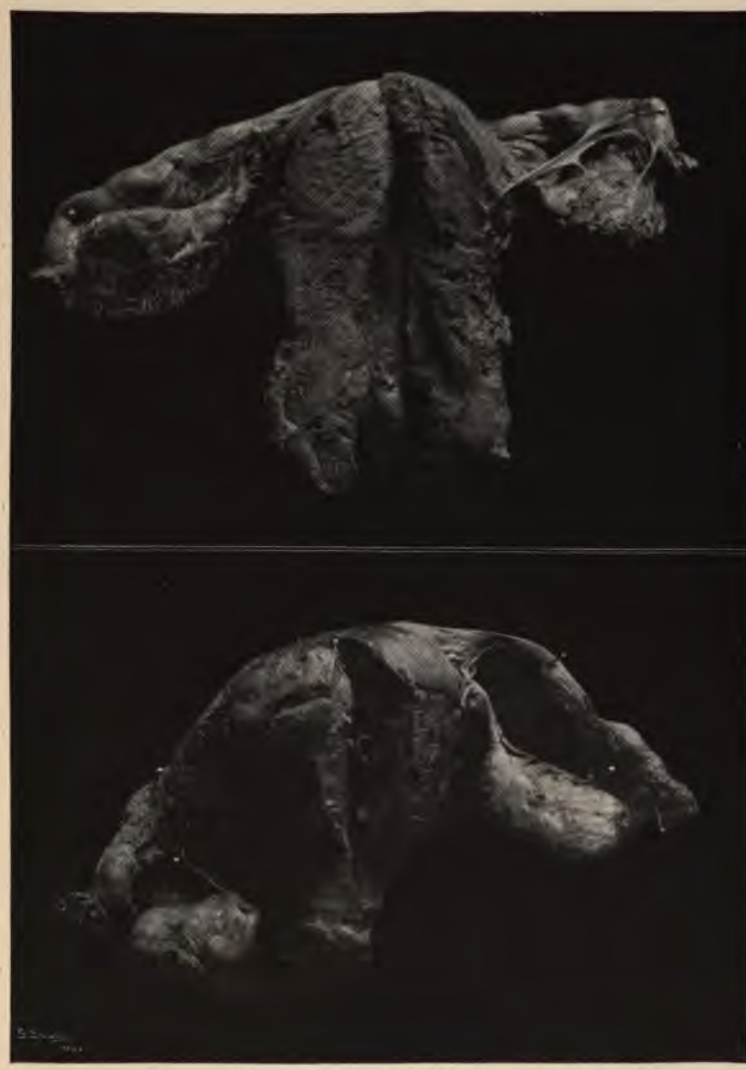
Desde que abrí el vientre pude percibir el útero muy grueso, congestionado, lleno de adherencias con los anexos y fijo en retroversión por algunos tractus fibrosos de su cara posterior. Los

1 Esta enferma está á la disposición de la Academia.

2 La Señora C. de N. es de origen catalán.

MEMORIA A LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

CLINICA DE GINECOLOGIA



Tip. y Foto. «La Europea»

DR. SUAREZ GAMBOA

Lesiones de la ooforo-metro-salpingitis purulenta.

(CURACIONES.)

anexos completamente perdidos: las trompas sinuosas, con engruesamientos parciales que les daban aspecto de rosarios; los ovarios muy grandes, caídos en el fondo de Douglas y microquísticos. Los anexos del lado derecho estaban ocultos por el apéndice vermicular, que se les adhería íntimamente, serpenteando en su superficie.

Hice la histerectomía total, por mi procedimiento particular, en presencia de multitud de estudiantes de Medicina y de los Dres. Joaquín Vértiz, Numa Torrea, Ricardo Tapia Fernández, Ortiz, Vargas, Montenegro y algunos otros.

Mi asepsia fué perfecta y mi operación tan rápida y feliz, que duró solamente cuarenta y siete minutos.

Desde que seccioné las numerosas bridas adherentes y percibí el engruesamiento de los ligamentos anchos, comprendí que la infección microbiana alcanzaba ampliamente el para-metrium.

En efecto, durante el aislamiento lateral del útero, podía ver con claridad la luz abierta y esclerosada de los vasos linfáticos seccionados y al tallar mis colgajos peritoneales uterinos, para cubrir el futuro muñón vaginal, notaba que mi bisturí trabajaba en un tejido sub-peritoneal, duro y esclerosado. Fué preciso resecar el apéndice, pues aparentaba estar contaminado también, y esta sencilla maniobra fué realizada sin incidente alguno en tres ó cuatro minutos: la sutura del pequeñísimo muñón apendicular, quedó de todo mi beneplácito.

Cerré la vagina y el vientre, altamente satisfecho de la operación y augurando una rápida y venturosa curación á los asistentes que me rodeaban. Eran las doce del día, del 20 de Julio.

Esa tarde fué buena; pero ya como á las ocho de la noche, ligeros dolores comenzaron en el vientre, se iniciaron vómitos intensos y el pulso comenzó á subir á 90 y 95.

A las once de esa noche el pulso batía á 120 y 130, con algunas intermitencias; la respiración se aceleraba, el vientre se comprimía fuertemente bajo el vendaje de la curación; los dolores abdominales arrancaban constantes lamentos á la enferma, y los vómitos tomaban cierto carácter porráceo. Las facciones se hundían, la agitación era grande y se presentaba algo de delirio. Temperatura 37°

A las dos de la mañana del día 21, la situación era muy comprometida: el pulso estaba á 140 y 150, casi incontable, muy pequeño, irregular y lleno de intermitencias. La respiración superficial y muy acelerada. La temperatura á 36°2. Los vómitos habían sido remplazados por regurgitaciones negruzcas, la cara

LAU LIBRARY

horriblemente desfigurada, la piel cubierta por un sudor viscoso y frío, la lengua enteramente seca. Creía ver morir de un momento á otro á mi operada. La vida sólo parecía sostenerse merced á las altas dosis de estricnina, cafeina, esparteina y aceite alcanforado que constantemente le inyectaba en el tejido celular.

A esas horas comencé á inyectarle, lentamente, solución caliente de cloruro de sodio al 6 $\frac{0}{00}$, en la vena mediana cefálica del brazo derecho: la inyección duró una hora y penetraron cerca de 2,000 gramos de líquido.

Algo reanimada la enferma llegó hasta las siete de la mañana, hora en que acompañado de los Dres. Numa Torrea, Calixto Vargas y Ortiz, resolví reabrir el vientre.

Sin anestesia y mientras el Dr. Torrea le practicaba á la enferma grandes inyecciones de suero artificial caliente, en el tejido celular de los flancos, yo, por la vagina, comenzaba á destruir las suturas de la víspera.

Abierta la cavidad del peritoneo, escurrió por la vagina, con abundancia, un líquido sero-sanguinolento, de olor desagradable y untuoso al tacto. Recorrí con dos dedos la cavidad de la pelvis en la extensión que pude, sin hallar nada de anormal.

Por la misma vagina coloqué dos gruesos tubos de caucho vulcanizado y comencé á lavar la cavidad pélvica con agua hervida y caliente. Por un tubo entraba el líquido y por el otro salía. El irrigador que utilizaba es de tres litros de capacidad y pasé por los tubos, durante este primer lavado, cerca de cien veces la capacidad del irrigador.

El efecto de este lavado, combinado con las inyecciones subcutáneas de suero, fué casi maravilloso: la enferma abrió los ojos, el pulso se llenó algo, la inteligencia volvió y algo se humedeció la lengua.

A las dos de la tarde, veían en junta conmigo á esta operada, mis maestros los Sres. Francisco de P. Chacón y Joaquín Vértiz y mis amigos los Dres. Antonio A. Loaeza, Germán Diaz Lombardo y Ricardo Tapia Fernández.

Estos señores aprobaron mi diagnóstico de *septicemia peritoneal sobre-aguda* y me animaron á perseverar en el mismo tratamiento.

Los lavados calientes los continué cada cuatro ó cinco horas y la enferma comenzó á mejorarse.

En fin, para no cansar diré, que ocho días después, le retiré los tubos y un mes más tarde abandonó la cama, completamente

curada á mi juicio y al de los Dres. VÉRTIZ y CHACÓN, que la volvieron á ver.

Hoy vive en México enteramente curada.

Esta historia, tan suscintamente referida, nos demuestra, con evidencia, la influencia desastrosa de la infiltración microbiana pélvica, en los casos de ooforo-metro salpingitis purulentas.

No tengo la menor duda hacia la correcta asepsia de mi operación anterior y en cuanto á mi técnica operatoria, la tengo ya bien experimentada y confío enteramente en ella; así, sin vacilar, hago responsables á los gérmenes infiltrados en el parametrium y en el para-ovarium, de esta septicemia peritoneal, tan brutal en su desarrollo y tan felizmente combatida.

Hemos visto, aunque ligeramente, algo de la patogenesia de las ooforo-metro-salpingitis purulentas. Estos datos nos permitirán formarnos criterio terapéutico en todas ellas; pero limitaré mi estudio solamente á las dos formas más importantes:

A las *ooforo-metro-salpingitis purulentas puerperales* y á las *ooforo-metro-salpingitis purulentas quísticas.*

OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS PUERPERALES AGUDAS.[1]

En este proceso séptico se destacan brillantemente los escritos recientes de SCHTUSCH,[2] de GOLDSBOROUGH,[3] de HANGS[4] y de VINEBERG;[5] y las operaciones tan notables de MICHAUX,[6] de ROOSEMBURG,[7] de LANDAU[8] y de BOUILLY,[9] le dan un giro acentuado de actualidad.

La raspa de la matriz, había sido el tratamiento más vulgarizado para combatir la infección ooforo-metro-salpingea puer-

1 Las indicaciones de la histerectomía en estos casos son muy poco conocidas aún por *ciertos autores*, debido á la novedad del proceso y al giro peculiar que la Cirugía moderna ha sufrido.

2 SCHUTUSCH.—*Centreblatt f. Gyn.* t. I. p. 12.—1888.

3 COLDSBOROUGH.—*In Wintrebert f. Gyn.*.—Tésis 1895.

4 HANGS.—*Am. Journ. of Obst.*—1894.—Feb.

5 VINEBERG.—*Med. Record.*—1898.

6 *Bull. Therap.*—516.—1898.

7 WINTREBERG.—Tésis. 1894—citado en *Bull. Therap.*—1898.

8 *Berliner Klinische Wochenschrift.* nº 38.—1895.

9 BOUILLY.—Citado por LONGUET.—*Bull. Therap.*—1898.

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

peral y por consecuencia, la intoxicación puerperal de la economía entera; es decir, *la fiebre puerperal.*

Algunos autores, como Fieux y Chaleix,[1] aconsejan hasta la raspa repetida dos ó tres veces y esta opinión no está muy lejos de ser también la de Pinard,[2] para los casos de septicemia uterina puerperal grave.

Yo creo que en la endometritis puerperal, la indicación primera, constante y urgente, es la desinfección enérgica de la cavidad uterina, por medio de raspas repetidas, si es preciso, y de abundantes lavados antisépticos de la misma cavidad.

Pero con frecuencia sucede que esta desinfección es aleatoria, que la temperatura abatida por algunas horas vuelve de nuevo á subir con violencia, que los signos de infección se reproducen con intensidad y que la enferma parece no haber obtenido beneficio alguno con la serie de curaciones que ha sufrido.

¿Qué ha sucedido entónces? ¿Debe declararse la inutilidad de la raspa uterina y de los lavados antisépticos, en estas infecciones puerperales?

Distingamos.

Si en nuestra imaginación volvemos rápidamente á recorrer los detalles de la patogenesia de las ooforo-metro-salpingitis, recordaremos que dos son los principales períodos de su evolución:

El primero francamente uterino.

El segundo de generalización linfática y de propagación directa, al para-metrium y á los anexos.

Durante el período inicial, durante la faz de endometritis, la raspa uterina es el recurso omnipotente para destruir la infección y suspender la intoxicación. El filo de la cucharilla arranca y extirpa toda la capa superficial del endometrio y en esta capa, arrastrada por los lavados antisépticos, se van los microbios, los elementos destruídos y los productos de la destrucción elemental.

Si el proceso ha profundizado un poco su acción sobre las paredes uterinas, podrá una única raspa no ser suficiente para destruirlo completamente; y la necesidad de levantar un espesor mayor de tejidos, á fin de extirpar toda la zona infectada, podrá requerir el aumento en el número de las raspas intra-uterinas con

1 *Gynecologie.*—Doléris. p. 173.—1898.

2 Loc. cit. p. 174.

la cucharilla, y necesitarse hacerla dos ó tres veces, como lo indican FIEUX y CHALEIX.

Pero si el proceso ha invadido ya los linfáticos, si el estreptococus ha ganado los anexos y el parametrium; si el parenquima propio del útero está infiltrado de gérmenes que lo recorren, emigrando, en todas direcciones y lo saturan de productos tóxicos; si las lesiones clásicas de la ooforo-metro-salpingitis se han desarrollado en todo su vigor, la raspa uterina no tendrá absolutamente ninguna influencia sobre este proceso séptico, pues su acción queda únicamente limitada á la superficie interna del útero, sola región accesible al filo de la cucharilla.

Mas como quiera que la *endometritis puerperal* no nos interesa sino como origen ó fas transitoria de la ooforo-metro-salpingitis puerperal, dejaremos sin tratar, las indicaciones y la orientación de su tratamiento y pasemos á la ooforo-metro-salpingitis aguda puerperal, ya constituída.

Es decir, ocupémonos de ese estado particular del útero, en el cual se halla saturado de gérmenes y toxinas en todo su espesor; en el que su circulación linfática está apretada de estreptococus; en el que los anexos y el parametrium son nidos infinitos de estreptococus y de otros gérmenes; y en el que, en resumen, todo el aparato genital interno está transformado en un inmenso campo microbiano, en un almacén de toxinas, en una masa porosa, por cuyos intersticios corren venenos, á semejanza de un inmenso chancro infectante puerperal.

Por supuesto que este depósito de los gérmenes y de sus producciones, no pasa desapercibido para la economía entera y que la circulación roja, en particular la venosa, coopera activamente con la blanca, para difundir por todo el organismo los venenos elaborados en el útero, para transportar, constituyendo metastasis coloniales, los gérmenes que se agitan en la región genital y para transformar la ooforo-metro-salpingitis puerperal aguda, en *septicemia puerperal,* de un modo análogo á la transformación de la endometritis puerperal en ooforo-metro-salpingitis.

Le septicemia puerperal, tiene tres períodos en su evolución clínica:

I. Período de endometritis.
II. Período de ooforo-metro-salpingitis.
III. Período de generalización.

Se comprende, pues, la importancia tan grande del tratamiento del período de ooforo-metro-salpingitis, cuando se ha tenido la

poca fortuna de no asistir ó de no haber podido curar, al de endometritis.

La ooforo-metro-salpingitis puerperal aguda no tiene tratamiento, ni actualmente se puede curar. La indicación es separar del resto del organismo la región contaminada.

La misión del Cirujano es aquí evitar la generalización del proceso. Su papel es semejante al que ejerce cuando amputa una pierna gangrenada y séptica, cuando reseca un maxilar enfermo, cuando quita un testículo tuberculoso ó reseca un estómago carcinomatoso.

La indicación principal que tendrá que llenar, pues, en la infección ooforo-metro-salpingea puerperal, es la ablación genital interna.

¿Pero es esto posible? ¿Habría ventajas en suprimir el útero con sus anexos, en un proceso que dura localizado algunas horas y cuyas tendencias son eminentemente difusibles? ¿Aún en el período de difusión habría utilidad práctica con esta mutilación?

La posibilidad de la ooforo-metro-salpinguectomía en la infección puerperal está fuera de discusión: allí están las técnicas de la colpo-histerectomía y de la láparo-histerectomía que lo indican, y ahí están, también, las operaciones de Roosemberg, de Michaux, de Bouilly y de Landau, y el trabajo de Longuet,[1] que lo comprueban.

Las ventajas de suprimir con el útero y los anexos, el almácigo tóxico puerperal, es evidente: si se tiene la suerte de operar antes del período de difusión, lo que es enteramente excepcional, se habrá salvado á la enferma de los riesgos de la generalización puerperal; pero si la operación se emprende cuando ya la circulación general arrastra productos tóxicos, como es de regla, la enferma también obtendría ventajas.

La infección puerperal de la economía, rara vez se hace en un solo tiempo; por lo común las toxinas penetran á la circulación de la sangre, por golpes de desagüe del útero, que se van repitiendo á medida que la saturación del órgano llega á su máximum y provoca el derrame de los productos que lo embeben. Estos desagües periódicos pueden ser más ó menos frecuentes, según la virulencia de los microbios y la resistencia de los tejidos útero-anexiales, y pueden llevar más ó menos rápidamente la economía, al grado mortal de intoxicación, según la velocidad de su depuración al través de los emontuorios naturales.

1 Longuet.—*Bull. Ther.*—p. 513.—1898.

Pero si suprimimos con oportunidad el laboratorio de los microbios, si la esponja infectante ooforo-metro-salpingea, la extraemos de la cavidad de la pelvis, evitaremos los nuevos desagües de toxinas en la sangre, aun cuando dejemos una gran dosis de venenos circulando ya por la economía.

Ahora bien, en estas circunstancias, el organismo no tiene que luchar mas que con una cantidad limitada de veneno; la sangre no recibe nuevos tócigos; los órganos eliminadores sacan de ella, paulatinamente, estas substancias venenosas que no se renuevan y lentamente va disminuyendo esta intoxicación, ya bien determinada.

Estas condiciones, en una mujer cuyos órganos eliminadores y depuradores están íntegros, cuyos riñones funcionan normalmente y cuyo corazón no sufre degeneración alguna, equivalen casi á una curación.

Se comprende que la ooforo-metro-salpinguectomía, sería inútil, sino perjudicial,[1] cuando la septicemia es intensa, cuando la vitalidad de la mujer está seriamente comprometida, y cuando el origen de la infección no esté ya localizado al útero y á sus anexos, sino que existan matastasis específicas en otros órganos.

Ciertamente que la ablación genital completa no es una operación sencilla; pero la gravedad de las ooforo-metro-salpingitis agudas puerperales, merece que se discuta la oportunidad de tan importante operación.

Las enfermas en las cuales está indicada esta ooforo-metro-salpinguectomía, se hallan, por lo regular, agotadas por el rudo enemigo que se alberga en su pelvis, y destruída parcialmente su resistencia vital, por el enorme choque de las reacciones físico-químicas que en el interior de sus tejidos se verifican. ¿En semejantes condiciones, tan malas, podrían soportar las costas de una histerectomía total?

La histerectomía, por el incesante progreso de su técnica y por los recursos de la era quirúrgica en que actualmente evoluciona, se ha vuelto una operación poco traumatisante.

La vaginal, que tanto parecía ofrecer, ha sufrido grandes reproches, pues que si bien es cierto que expone poco el peritoneo á las contaminaciones, en cambio ofrece muchas dificultades para la retroversión y abatimiento del útero, en este caso, en que

1 Como se vé, ni considero la histerectomía como un método para curar la fiebre puerperal, ni soy yo el iniciador de la idea, ni desconozco sus contra-indicaciones.

las lesiones puerperales han modificado ya la consistencia del parenquima uterino.

Pero la histerectomía abdominal, con su técnica fácil y rápida, con las modificaciones actuales en el medio operatorio y con el ancho y bien alumbrado campo de acción que ofrece, se presta admirablemente para estos casos de delicado pronóstico.

¿Qué resultados tiene la ooforo-metro-salpinguectomía en la ooforo-metro-salpingitis aguda puerperal?[1]

Al porvenir toca resolver esta cuestión. Hasta hoy se conocen nueve casos bien comprobados,[2] verificados en plena septicemia puerperal y han dado siete curaciones.

Estas cifras son alhagadoras y nos permiten esperar que la histerectomía total, que ha sido ya un gran paso para la curación de las ooforo-metro-salpingitis puerperales agudas, sea también un poderoso recurso para luchar contra la septicemia puerperal, la *bête noir* de las mujeres parturientas.

OOFORO-METRO-SALPINGITIS PURULENTAS QUISTICAS.

Pio-salpinx.

Voy á referir rápidamente diez historias clínicas,[3] que corresponden á algunas observaciones, sobre las cuales basaré mis conclusiones:

Observación I.

Señora Carlota X. . . . , de México, de 35 años de edad, casada, nulípara, con antecedentes genitales blenorrágicos, que datan de ocho ó diez años.

De la clientela del Dr. Jesus Valdez Sánchez.

Pio-salpinx, bilaterales muy adherentes.

Operada en Agosto de 1898 por la vía abdominal, de ooforo-salpinguectomía bilateral.

Resultados dudosos: los dolores continúan, el útero ha quedado grande, en retroversión y ligeramente secretante.

1 Nada más impotente que la negación pura: para convencer no basta criticar, hay que edificar una argumentación sobre hechos ciertos.

2 Longuet.—loc. cit.

3 Estas historias en *estilo telegráfico*, no tienen más objeto que citar los casos. Para los análisis de ellos están todas las enfermas dispuestas y las historias clínicas recogidas *in extenso*, en mis Archivos.

Lesiones de la **Ooforo-metro-salpingitis purulenta.**—Además del engruesamiento de los órganos y del gran número de adherencias periféricas, la trompa derecha estaba esclerosada, supurante y formando un rosario; y en la izquierda, arriba, se ve un hidro-quiste.—Pieza anatómica obtenida por la histerectomía, según el procedimiento del autor.—*Curación radical.*

"CLINICA DE GINECOLOGIA"

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA

Observación II.

Señora María de N. . . . , 40 años, casada, nulípara, antecedentes no francos de blenorragia.

Ooforo-metro-salpingitis, quística bilateralmente.

Operada en Agosto de 1898 en unión de los Dres. Torrea, Madrigal y Alvarez, de ooforo-salpinguectomía bilateral.

Resultados malos: la enferma continúa aún en cama, inválida por sus dolores. Se resiste á sufrir una nueva operación.

Observación III.

Señora Luisa de M. de O. . . . , natural de Toluca, de 32 años, nulípara, sin antecedentes tangibles de blenorragia.

Ooforo-metro-salpingitis purulenta quística. Enferma del Dr. Ricardo Tapia Fernández.

Operada en Agosto de 1898, de ooforo-metro-salpinguectomía abdominal, por mi procedimiento.

Curación radical sostenida.

Observación IV.

Señora Manuela N. . . . , soltera, 38 años, sin antecedentes genitales.

Pio-salpinx izquierdo

Operada en Marzo de 1898 de ooforo-salpinguectomía izquierda.

Resultado malo: los dolores continúan, la leucorrea no cede.

En Septiembre, á pesar de un constante tratamiento, se hace menester volver á operarla de histerectomía. Esta vez los resultados fueron ciertos y la curación completa se ha sostenido.

Observación V.

Señora A. Rodríguez, 40 años, multípara, casada, antecedentes leucorreicos desde un aborto, hace cinco años.

Pio-salpinx izquierdo.

Operada de histerectomía abdominal total en Septiembre de 1898.

Curación rápida y completa.

Observación VI.

"La Señorita M. G. V., soltera, de 26 años, con antecedentes tuberculosos y neuropáticos, sufre desde hace cinco años un padecimiento abdominal, cuya intensidad ha sido tal, durante los últimos dos años, que ha obligado á esta pobre niña á pasarlos en cama, sin movimiento y sin consuelo.

"Principió por un dolor acentuado en el hipogastrio, que no tardó en extenderse á las regiones iliacas y de aquí á todo el vientre. La constipación era intensa y rebelde, interrumpida, de vez en cuando por episodios diarréicos de extremada abundancia.

"Los dolores abdominales se exacerbaban muchísimo al aproximarse estas crisis intestinales, el pulso se elevaba, el vientre se meteorizaba, la temperatura subía á 38° ó 38°5, y todo volvía á apaciguarse cuando la temporada diarreica se iniciaba. La Srita. M. . . . asegura muy formalmente haber arrojado, en dos ó tres ocasiones, grandes cantidades de pus, durante sus evacuaciones paroxísticas; pero el Sr. Dr. H., su médico de cabecera, asegura lo contrario.

"Sus digestiones son muy difíciles y todas las tardes sufre accidentes dispépticos marcados.

"Algunas veces suele suceder que sus dolencias se apaciguan, su vientre se afloja y suaviza, su constipación cede y el estado general se mejora; pero estas euforías son enteramente transitorias y bien pronto redoblan sus padecimientos, adquiriendo algunas veces caracteres de verdadera gravedad.

"El día que por primera vez la estudié llevaba ya un mes de crisis y dos años de no levantarse de su cama. Encontré una señorita bien constituída, de aspecto sufriente, notablemeute instruida y de rara inteligencia. Con verdadero derroche de ingenio y de atención, me contó lo que á grandes rasgos llevo dicho ya.

"Nada extraordinario ofrece en ninguno de sus órganos, extraños al abdomen. Todo su padecimiento está ahí.

"El vientre estaba muy elevado y timpánico en toda su extensión. El hígado, el bazo, los riñones, el estómago, parecían sanos.

"Aun cuando el dolor se marcaba en todo el vientre, con algo de cuidado podía observarse que era mayor en la zona hipogástrica y que sobre las regiones ováricas tenía sus focos más intensos.

"El útero podía percibirse ligeramente y los anexos se notaban crecidos: esta exploración era extraordinariamente dolorosa.

"La fosa iliaca izquierda estaba ligeramente obscura á la percusión y en ella se marcaba una zona sub-mate de forma alargada y de gran diámetro vertical. Dos purgantes suaves no hicieron desaparecer esta zona de sub-macicez.

"Los períodos menstruales eran irregulares en cantidad y fecha: había algo de dismenorrea.

"Desde luego mi atención se dirigió á la pelvis y mi diagnóstico fluctuaba entre una *ooforo-metro-salpingitis* con *para-metritis* y *peritonitis crónica*, un *abceso pélvico fistuloso* y una *peritonitis tuberculosa*.

"Deseché la idea de un *abceso pélvico fistuloso*, por la falta de mi constancia personal del pus en las evacuaciones, por la falta de la hecticidad ó de la septicemia crónica, por la ausencia de grandes fiebres en el anamnéstico y por la carencia de etiología clara para demostrar dicho abceso.

"Rechacé la *peritonitis tuberculosa*, por la ausencia de ganglios mesentéricos inflamados, por la falta de derrame intra-peritoneal, por la gran duración del proceso y por el perfecto estado de todos sus órganos abdominales superiores y torácicos.

"Acepté de plano la idea de una *ooforo-metro-salpingitis, con inflamación crónica del parametrium y del peritoneo pélvico*.

"El médico de cabecera aceptó mi modo de juzgar y propuse la laparotomía con toda formalidad.

"El día 15 de Agosto de 1897, la realicé, y he aquí la descripción de ella:[1]

"La incisión abdominal tuvo, desde luego, el detalle curioso de no haber encontrado verdadera *línea blanca*, sino la modalidad anatómica de las aponeurosis abdominales anteriores, que describo en mi trabajo: "*Sutura abdominal después de la laparotomía*."

"El peritoneo parietal estaba notablemente vascularizado y su corte sangró bastante. El peritoneo visceral, muy particularmente el del intestino delgado y el de la ámpula cólica, ofrecía placas de despulimiento y marcada aspereza, como del diámetro de un peso y algunas, mayores aún. El útero estaba muy congestionado, grueso y con bridas organizadas que lo retenían en retro-flexión.

"Los anexos: el izquierdo, poliquístico el ovario y dilatada y enormemente congestionada la trompa; el derecho, la trompa hidro-quística y un pequeño hemato-quiste en el ovario.

1 La operación la hice en Zamora, Estado de Michoacán, á donde había ido con el Dr. TORREA á practicar una ovariotomía.

"Todo el peritoneo pélvico estaba rojizo y sembrado de pequeñas adherencias filamentosas, bien organizadas.

"Procuré limpiar la serosa pélvica de esas adherencias; resequé la trompa y el ovario izquierdos; la trompa derecha; y la mitad del ovario derecho.

"Al dejar en la pelvis un fragmento de ovario—que suponía sano—me impulsó la idea de procurar evitar, en lo posible, los accidentes de menopausa artificial.

"El útero, libre de sus conexiones inflamatorias, quedó en su posición normal.

"El resto de la operación no ofreció nada de interés.

"La Señorita M. . . . , despertó del cloroformo sin muchos dolores, con pocas náuseas y casi tranquila.

"La tarde de ese día fué relativamente buena.

"A las ocho de la noche: calosfríos repetidos, malestar acentuado, vómitos mucosos, ligero meteorismo. Temperatura 37.9. Pulso 90. No ha orinado y hay que recurrir al cateterismo de la vejiga. A las doce de la noche: Los calosfríos han cesado, la agitación es mucho mayor, dolores abdominales muy agudos, respiración anhelante, meteorismo acentuado, facies peritoneal, vómitos porráceos. Temperatura 37°4. Pulso 120.

"Agosto 16 de 1898.—A las tres de la mañana: la situación casi perdida. Pulso á 150. Hipo, regurgitaciones porráceas, delirio tranquilo, meteorismo enorme, parálisis intestinal y vesical completas, piel seca y áspera, cara agónica y respiración difícil.

"Inyecciones hipodérmicas de estricnina, cafeina y aceite alcanforado. Hipodermoclisis con 500 gramos de suero artificial.

"A las ocho de la mañana: la misma situación. La Señorita G. V. se dispone á morir, recibiendo la extremaunción.

"A las diez de la mañana: la gravedad es espantosa; la muerte parece inminente. Haciendo un esfuerzo irresistible de energía y valor quirúrgicos y á pesar, casi, de la familia y personas allí presentes, el Dr. TORREA cloroforma á la paciente y yo le abro ampliamente la cavidad peritoneal al través del fondo de Douglas. Escurre gran cantidad de liquido sero-sanguinolento. Pongo dos tubos en la cavidad pélvica y hago un lavado muy abundante de la serosa, con solución cloruro sódica al 6 $\frac{0}{00}$, bien caliente. Inyección intra-venosa de 1,500 gramos de suero artificial.

1 Hay ciertas circunstancias extraordinariamente graves, en el ejercicio de la profesión, que requieren á la vez que una resistencia y fortaleza de espíritu excepcionales, un valor civil á toda prueba. Sólo un cirujano aguerrido podrá distinguir lo que en estos momentos es abnegación, sacrificio, sublimidad de genio quirúrgico ó temeridad hija de la ignorancia y de ciega osadía.

"A las cinco de la tarde: nuevo lavado del peritoneo pélvico. Inyecciones de cafeina y estricnina. Hielo sobre el vientre. Purgante de calomel y Jalapa.

"Día 17 de Agosto.—A las siete la mañana: micción espontánea y abundante. Una evacuación líquida y gases intestinales. Pulso 100. Temperatura 38°.

Días siguientes.—La situación va mejorando rápidamente, el peligro desaparece y el 28 de Agosto puedo dejar á la enferma y regresar á México.[1]

"La Señorita M. G. V. ha mejorado visiblemente; pero sufre aún y sufre mucho. El útero ha quedado muy doloroso y secretante. La peritonitis parece muy modificada. Si hubiera amputado el útero junto con los anexos, esta pobre niña estaría enteramente curada; pero. . . . ¡repugna tanto mutilar gravemente, en cierta edad de las enfermas![2]

Observación VII.

Señora S. A., casada, 36 años, antecedentes puerperales.

Ooforo-metro-salpingitis purulenta quística, operada en Mayo de 1898 por histerectomía abdominal total.

Curación completa y permanente.

Observación VIII.

Señora Concepción G. . . . . , casada, nulípara, antecedentes blenorrágicos.

Pío-salpinx izquierdo.

Operada en Septiembre de 1898, por resección unilateral del ovario y de la trompa.

Resultado no muy satisfactorio: los dolores, aunque ligeros, continúan y hay algo de leucorrea.

1 La narración de esta Historia no figura tan extensa en mi estudio primitivo; pero la importancia de ella me impele á detallarla ahora.

2 Cuando escribía yo esta historia, en Noviembre de 1898, esta señorita aún no abandonaba el lecho, presa de sus constantes dolores. Actualmente, Febrero de 1899, se halla casi curada: los dolores abdominales han disminuído mucho, el estado general está muy satisfactorio, y esta niña se puede ocupar libremente de sus trabajos domésticos y de sus distracciones sociales, asistiendo alegremente á fiestas, paseos, etc.

Observación IX.

Señora N. . . . , viuda de M. . . . , de 45 años, ha tenido varios hijos y el último tiene 20 años de edad.

Pío-salpinx bilaterales.

Operada en Septiembre de 1898 por histerectomía abdominal total.

Resultados completos: curación sostenida.

Observación X.

Señora A. . . . N. . . . , casada, dos hijas, 45 años de edad.

Ooforo-metro-salpingitis purulenta quística.

Operada en Septiembre de 1898, de histerectomía abdominal total.

Curación completa y sostenida.

Análogas á estas observaciones, podría citar cerca de treinta casos más; pero por no alargar la serie fastidiosa de las historias, me bastarán estas diez.

Estas diez observaciones dan un total de cinco operaciones parciales y de cinco totales: en las primeras los resultados fueron incompletos; en las segundas fueron completos.

Hasta hace muy pocos años la operación clásica contra las ooforo-salpingitis purulentas quísticas, era la ooforo-salpinguectomía, es decir, la resección del ovario y de la trompa, enfermos. El principio fundamental de esta operación estaba basado en la doctrina de las infecciones anexiales unilaterales, sin metritis concomitante.

Sin embargo del favor creciente de esta operación, hacia el año de 1894 publicó Pinesse una estadística poco halagadora, de ella; y Martin, en sus escritos de por aquella época, la declara de resultados inconstantes y malos. Pouchet, escritor moderno, y Labadie-Lagrave, autor de actualidad, tampoco se muestran partidarios de la ooforo-salpinguectomía, en el proceso que hemos conocido ya por ooforo-metro-salpingitis.

Pean y Segond iniciaron en Francia la histerectomía vaginal contra las lesiones inflamatorias de los anexos, y Polk preconizó

en los Estados Unidos el método de histerectomía abdominal; siendo seguido inmediatamente por BALDY, KRUG, PRYOR, SLOCUM y otros.[1]

Antes de analizar la utilidad ó desventaja de la histerectomía en el proceso ooforo-metro-salpingeo purulento quístico, recordemos que *el pío-salpinx no es más que una forma de la infección total útero-anexial.*

La colección del pus en la cavidad de la trompa, no indica sino que los orificios tubarios, uterino y peritoneal, están obstruidos.

Hay que recordar, también, que cuando tratamos de la intimidad de los fenómenos de infección útero-anexial, pudimos comprender la importancia de la circulación linfática peri y para-uterina, llegando á esta conclusión: las *ooforo-salpingitis reconocen un origen, casi siempre, de infección uterina previa.*

Vimos que había dos modos de propagación de los microbios del útero á los anexos, por continuidad de las mucosas y por continuidad de su circulación linfática.

Llegamos casi á esta conclusión: *en el mayor número de los casos, aun cuando las lesiones aparentemente están limitadas á los anexos, corresponden á un proceso general, en el cual están comprendidos también el útero y algunas veces los tejidos del parametrium.*

Poseo en mi Museo Anatomo-Patológico particular, una trompa cuyas lesiones aclaran esta enseñanza, hasta la evidencia. Esta trompa ha sido muy estudiada por todos los que la han visto, y en particular por maestros de tan claro juicio como lo son los Sres. FRANCISCO DE P. CHACÓN y JOAQUÍN VÉRTIZ.

Es una trompa enormemente dilatada, que se halla dividida en dos segmentos sensiblemente iguales, por un grueso tabique carnoso que tiene en su medianía. Las aberturas correspondientes al ostium uterinum y al pabellón, están íntimamente cerradas, de modo que la cavidad de la trompa se halla constituida por dos cavidades segmentarias, completamente independientes entre sí y enteramente aisladas de las cavidades uterina y peritoneal.

La primera cavidad, la que corresponde al segmento uterino, estaba llena de un líquido amarillento, transparente y espeso. La otra, la que corresponde al segmento del pabellón, estaba llena de pus fétido y muy líquido.

Se comprende claramente que los gérmenenes que llegaron á supurar el contenido de este segmento lejano de la trompa, no

pudieron venir mas que por los vasos linfáticos peri-uterinos y peri-salpingeos, lo que hace sospechar que todos los linfáticos del cuerpo uterino y los del para-metrium, estaban á su vez contaminados. Le hice á esta enferma la ooforo-metro-salpinguectomía y curó sin accidentes.

Todos los días se ve en las Clínicas ginecológicas, que anexos al parecer sanos, son focos tardíos de accidentes inflamatorios graves, en ciertos casos de operaciones ooforo-salpingeas unilaterales, dando á sospechar ó bien que la persistencia del útero enfermo los ha contaminado, ó bien que desde la primera intervención estaban ya infectados.

La observación IV de la serie que hemos visto, es un ejemplo de este género.

El pio-salpinx es un foco purulento colectado; pero no es la enfermedad. La enfermedad es la ooforo-metro-salpingitis purulenta y si se limita el Cirujano á resecar el foco colectado del pus, es decir el pio-salpinx, no habrá curado la ooforo-metro-salpingitis, como no curará la tuberculosis pulmonar generalizada, resecando una caverna; ni curaría la hepatitis supurada múltiple, abriendo y canalizando el principal abceso de los innumerables que infiltran el hígado.

Si en la ooforo-metro-salpingitis purulenta quística, un Cirujano se limita á resecar el pio-quiste, habrá beneficiado á su enferma porque la priva del depósito de toxinas que la envenenan; pero su obra curativa habrá sido incompleta, pues le deja la infiltración microbiana en la circulación linfática del para-metrium, en el parenquima uterino y en los anexos del otro lado.[1] Una operación análoga se me figuraría la abertura de un adeno-flegmón del cuello, de origen dentario, sin procurar extraer el molar cariado que infectó el cuello y que seguirá infectándolo, ó la operación de un bubón inguinal, sin procurar suprimir el chancro que lo provocó.

En ciertos casos de ooforo-metro-salpingitis purulenta, con pio-salpinx bilaterales, las lesiones son tan claras, que aparentemente el útero se encuentra como formando parte de las paredes de los pio-quistes. En un caso, así tan evidente, nadie vaci-

1 Enteramente irracional ó ilógica considero la opinión de ciertos cirujanos que proponen en las ooforo-metro-salpingitis, operar primero los anexos y pasados dos ó tres meses reabrir el vientre para sacar el útero. Es exponer dos veces la enferma á peligros serios, sin necesidad, y es, también, demostrar un desconocimiento completo de las ideas quirúrgicas actuales y del comportamiento de los ginecólogos modernos.

laría en declarar operación incompleta la que se hiciera, dejando el útero en la pelvis.

Pues de este modo son casi todos los casos de pio-salpinx, por ooforo-metro-salpingitis purulentas, aunque varien aparentemente: *no por aparentar el útero hallarse lejano del foco principal purulento, deja de formar parte del proceso purulento infiltrado, periférico al abceso.*

Demasiado expresiva es mi pequeña estadística. En todos los casos de fracaso operatorio ha quedado el útero en la pelvis. En todos los casos de curación completa, el útero ha sido sacrificado.

Ese útero que queda en la pelvis, grueso, más ó menos desviado, rojizo, secretante, lleno de linfáticos contaminados y cribado por los gérmenes de la infección, no solamente es inútil, sino también nocivo.

Si el proceso séptico fuese únicamente ooforo-salpingeo, como en ciertos casos de pio-salpinx de origen apendicular, la ooforo-salpinguectomía unilateral, estaría bien indicada y sería una operación justa y radical; pero siendo la infección un proceso difuso, siendo el pio-salpinx una consecuencia de la ooforo-metro-salpingitis purulenta, la resección parcial de los anexos, es aquí una operación incompleta y deficiente.

Ciertamente que no es cosa sencilla resolverse á histerectomizar mujeres, las más de las veces jóvenes, por lesiones difíciles de interpretar, aun cuando el ginecólogo se halle ante el vientre abierto de la enferma, y que la necesidad de someter la investigación de los casos concretos á ciertas reglas generales se impone.

De aquí que procure reunir mis ideas sobre el particular, reasumiendo las anteriores consideraciones de la siguiente manera:

Es de capital importancia plantear el diagnóstico exacto del proceso ooforo-metro-salpingeo purulento, difuso ó quístico.[1]

Una vez planteado este diagnóstico, *se hará siempre, y casi sin excepción*, la histerectomía total, cuando los pio-salpinx sean dobles, ó cuando haya pio-salpinx unilateral y otras lesiones en los anexos opuestos que los hayan destruido por completo.

Se podrá hacer la histerectomía total, en los casos de pio-salpinx unilateral, cuando se compruebe bien la existencia del proceso ooforo-metro-salpingeo purulento y las mujeres enfermas, necesiten de su trabajo corporal para vivir.

1 Si es cierto que este diagnóstico puede ser algunas veces difícil, no es menos cierto que la sagacidad é instrucción del clínico, hacen la dificultad poco aparente.

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

Aun cuando yo creo que *todos los casos de ooforo-metro-salpingitis purulentas*, quísticas ó no, deben tratarse por la histerectomía total, podrán hacerse operaciones conservadoras en aquellas mujeres cuya posición social les permita pasar muchos meses en la cama, sometidas á un constante tratamiento.[1] En este último caso, el Cirujano será muy reservado hacia el porvenir de su enferma y estará siempre dispuesto á intervenir de un momento á otro.

Punto de no menor importancia es la discusión de los diversos métodos de histerectomía, aplicables al caso que nos ocupa.

Esta discusión me permitiría recorrer ante vosotros las sucesivas fases de la histerectomía y apreciar los diferentes procedimientos con sus inconvenientes y ventajas.

Pero por desgracia no puedo detenerme en esta discusión, que espero algún día tener el honor de presentaros, y me atrevo á ofreceros mis excusas al narrar ante vosotros un procedimiento nuevo de histerectomía, que deseo conozcais á fin de valorizar bien las ventajas del método y aceptar mejor mis indicaciones anteriores.

En Cirugía los procedimientos nuevos son día á día más raros y ménos fáciles de obtener, y se comprende bien que esto sea así. Este procedimiento no es verdaderamente mío, sino una aplicación á la histerectomía de las reglas generales de la Cirugía Moderna. Los instrumentos tan sencillos que os acompaño, no indican un vano deseo de complicar nuestro arsenal operatorio, sino representan el modesto resumen de mi experiencia y mi afán para facilitar la técnica y hacer más rápida la operación.

UN PROCEDIMIENTO NUEVO DE HISTERECTOMIA.

La enferma en la posición de Trendelenburg, forzada, se le hace la incisión de la pared abdominal, siguiendo las reglas comunmente establecidas.

Se busca inmediatamente el útero, procurando aislar bien la cavidad de la pelvis del resto de los órganos abdominales mediante compresas delicadamente dispuestas.

Se toma el útero suavemente y de atrás hacia adelante, se le perfora con una erigna á modo de fijarlo bien en la concavidad de

1 No vaya á interpretarse que hago distinciones entre las mujeres ricas y las mujeres pobres, que se separan del orden meramente médico. Unas no necesitan de su trabajo personal para vivir y otras sí: estas últimas, *las que no comen si no trabajan*, son las que necesitan tratamientos más radicales y menos susceptibles de fracaso y de recidivas.

MEMORIA A LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Posición forzada de **Trendelenburg**, para practicar la ooforo-metro-salpinguectomia, en las ooforo-metro-salpingitis purulentas.

"CLINICA DE GINECOLOGIA"

NOTA.—La premura del tiempo con que se hizo la presente edición me impidió publicar las planchas que demuestran las ventajas de mi histerectomia. En otra *Memoria*, que próximamente publicaré, demostraré la facilidad técnica é inocuidad de mi procedimiento.

LIT. DEL TIMBRE.

DR. SUAREZ GAMBOA

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MED
STA 94305

ella, cuidando mucho, en esta maniobra, de no herir la vejiga. Un ayudante toma la erigna y haciendo suaves tracciones sobre el útero, tiende la vagina y los ligamentos anchos.

Con unas tijeras rectas, en uno ó dos golpes paralelos á la dirección de las trompas, se separan los anexos de cada lado, del borde superior de los ligamentos anchos. Uno ó dos chorritos de sangre, correspondiendo á los ramos de las arterias útero-ováricas, surgen: se toman éstas con pinzas, se tuercen y se continúa.

Con las mismas tijeras y cortando ahora sobre los bordes laterales del útero, se desprende rapidamente un ligamento ancho hasta sus inserciones vaginales, se ponen dos ó tres pinzas en los puntos que sangran, y se corta sin vacilar el ligamento ancho del lado opuesto.

Se ligan las arterias uterinas y se tuercen las arteriolas que sangran.

Queda el útero, con sus anexos fijos y colgantes lateralmente, retenido por sus inserciones vaginales y por los pliegues peritoneales útero-rectal y útero-vesical.

La sonda vaginal, que ha sido previamente introducida por la vagina, permite apreciar claramente el contorno de las inserciones útero-vaginales.

Una vez que el operador tiene formada idea exacta de las inserciones uterinas de la vagina, procede á tallar sobre las caras anterior y posterior del útero, dos colgajos peritoneales.

Comenzando con el bisturí sobre el corte lateral derecho del peritoneo, en la cara anterior del útero, sobre el límite lateral de la vagina, se dirige formando una línea convexa hacia arriba, sobre la cara anterior del útero, hasta el punto diametralmente opuesto del borde izquierdo del mismo. Este corte circunscribe un arco de convexidad dirigida al fondo uterino y cuyas extremidades se apoyan sobre las insersiones laterales de la vagina al útero.

Se diseca este colgajo rápidamente, hasta encontrar la vejiga, la que también se despega de la vagina, hasta descubrir una zona como de tres ó cuatro centímetros.

Sobre la cara posterior del útero, se circunscribe otro colgajo peritoneal análogo al anterior, llevando su disección hasta el nivel del anterior.

Abatidos los dos colgajos del peritoneo, se descubre ampliamente la vagina: ahora, sobre el relieve de la sonda vaginal, á una distancia de dos centímetros de los límites uterinos de la vagina, se coloca una sutura vaginal circular, formando jareta.

Las dos extremidades del hilo de la sutura, se dejan libres y fijos por una pinza, ayudan á sostener la vagina.

Subiendo un poco la sonda vaginal, se levantan los fondos útero-vaginales: se perfora la vagina en un punto cualquiera y con unas tijeras curvas se desinserta el cuello uterino de sus conexiones vaginales.

El útero sale desprendido y la vagina queda sujeta por los hilos de la sutura circular. Se retira la sonda vaginal.

El corte de la vagina sangra en abundancia: basta anudar las extremidades del hilo de la sutura en jareta, y fruncir el canal, apretando suavemente el nudo, para ver cesar esta pequeña hemorragia.

Con una aguja fina y seda muy delgada, se reduce, por medio de suturas sobre el borde, la amplitud del muñón vaginal.

Se abaten sobre este muñón los colgajos peritoneales anterior y posterior, tallados antes, y se suturan á la LEMBERT, á modo de excluir exactamente el muñón vaginal de la cavidad del peritoneo: se termina la operación suturando rápidamente las hojas de los ligamentos anchos divididos.

Cuando es posible, se suturan los ligamentos redondos, al muñón vaginal.

En los casos en que la canalización de la pelvis se impone, se introduce por la vagina, antes de cerrarla, un grueso tubo, y sobre él, se aprieta la sutura vaginal en jareta: los demás tiempos de la operación son iguales.

La terapéutica quirúrgica y ginecológica ha evolucionado en estos últimos años, haciendo imperiosa la necesidad de un método seguro y fiel, de histerectomía.

Los factores principales que crean la mortalidad en esta operación—haciendo á un lado los que dependen del corazón, de los riñones ó del estado general—son: la hemorragia ó la infección. La superioridad del método que os he descrito, me parece evidente en los dos sentidos; especialmente sobre los procedimientos de histerectomía parcial.

Si examinara los diversos procedimientos de histerectomía recomendados hasta hoy, encontraríamos en casi todos, muchos puntos vulnerables, especialmente en el más moderno, en el de la angiotripsia.

No quiero abusar más de vuestra atención, y reservo este punto para otro estudio, que tendré la honra de presentaros.

Reconozco que el procedimiento que os he presentado, puede ser difícil en su técnica; pero en cambio es de una seguridad tal,

que en una estadística de veinte casos, tengo veinte curaciones.

Mucho me honraría, si la Honorable Academia, designara una comisión á la que yo pudiese mostrar multitud de mis operadas de histerectomía y ante la cual pudiese ejecutar este procedimiento.[1]

Tengo el honor, Señores Académicos, de daros la manifestación de mi reconocimiento, por haber recibido mi modesto trabajo.

RICARDO SUÁREZ GAMBOA.

1 El domingo 19 del actual, concurrió el Dr. HURTADO al Hospital «Concepción Béistegui,» donde debía operar yo un enorme fibro-mioma uterino, por mi procedimiento de histerectomía. A pesar de mi ardiente deseo de ejecutarlo, las circunstancias del caso fueron de tal modo complicadas y graves, el tumor tenía tales conecciones con todos los órganos pélvicos y emitía tales prolongamientos al piso de la pelvis, que fué del todo imposible realizar mis planes. La extracción de ese tumor fué una operación en extremo laboriosa, las pérdidas de sangre muy considerables, el corazón de la paciente, ya lesionado en su orificio mitral, no resistió y catorce horas después de operada, falleció la paciente, en medio de los síntomas graves del SHOCK.

LANE MEDICAL LIBRARY

This book should be returned on or before
the date last stamped below.

nt
t
., Inc.
alif.
908

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

N519 Suarez Gamboa, R.
S93 Ooforo-metro-salpin-
1899 guectomia. 75276

NAME	DATE DUE